

## การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care of Pregnant women with Preeclampsia with Severe features With Complications: 2 case studies

ณิรชา ชินรัตน์

Niracha Chinrat

โรงพยาบาลมหาสารคาม

Mahasarakham Hospital

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบกรณีศึกษาในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน

**รูปแบบและวิธีวิจัย:** เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เข้ารับการรักษาในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2564-2565 เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ เวชระเบียนผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วิธีการศึกษารวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการเขียนผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไปแบบแผนสุขภาพการรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาล

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เข้ารับการรักษาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดก่อนการตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนจากน้ำท่วมปอดได้รับการดูแลโดยให้ยาลดความดันโลหิต ยาป้องกันการชัก ยาขับปัสสาวะและให้ยากระตุ้นปอดทารกสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติชักเกร็งที่บ้านได้รับการดูแลรักษาโดยให้ยากันชักเพื่อป้องกันการชักซ้ำ สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการกระตุ้นให้เจ็บครรภ์คลอดและคลอดทางช่องคลอด

**สรุปผลการศึกษา:** ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลคุกคามต่อชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการเตือนที่สำคัญให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีสามารถบริหารยา เฝ้าระวังและติดตามอาการ และอาการแสดงทุกช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ สามารถให้การช่วยเหลือได้รวดเร็วรวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายและการติดตามอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้ามารับการรักษาดูแลได้ทันเวลา ซึ่งจะสามารถลดอุบัติการณ์มารดาและทารกเสียชีวิตได้

**คำสำคัญ:** สตรีตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง, ภาวะแทรกซ้อน

## Abstract

**Objective:** The purpose of this study was to compare the nursing care of pregnant women with preeclampsia with severe feature with complications.

**Method:** Two specific cases of pregnant women who were admitted in Delivery room, Mahasarakham Hospital in 2021-2022 were compared. Functional health patterns of Gordon and inpatient medical record were reviewed. Data collection used by observation, and interviews with patients and relatives. The general information, functional health patterns, complication, signs and symptoms, treatments, nursing diagnoses, and nursing care were compared.

**Result:** The results of the study found that first case had chronic hypertension with pulmonary edema. she was admitted in the hospital for controlling high blood pressure and pulmonary edema by anticonvulsants and diuresis. Steroid was used to stimulate lung development of fetus in utero. The obstetrician considered to terminate pregnancy by Cesarean section. Second case had history of Preeclampsia at home. She was admitted in the hospital for controlling high blood pressure by anticonvulsants. The obstetrician considered to terminate pregnancy by induction of labor.

**Conclusion:** Hypertension is a serious complication that threatens the life of the pregnant woman and their fetus. Nurses require the knowledge and skills to assess early warning indication and monitor signs and symptoms of pregnant women that has changed from normal levels. Preparing of nursing care team and instrument for assisting instantly to decrease the risks. Likewise, providing effective discharge plan can reduce the incidence of maternal and newborn death.

**Keywords:** Pregnant women, Preeclampsia with severe feature, Complications

## บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกทั่วโลกซึ่งรองลงมาจาก การตกเลือดและการติดเชื้อ (WHO, 2020) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Cunningham et al., 2014) จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ปี 2563 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด คิดเป็น 20.29 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เท่ากับ 2.23 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

นอกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อการเสียชีวิตในสตรีตั้งครรภ์แล้ว ความดันโลหิตสูงยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหลายระบบของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ หลอดเลือดและหัวใจ ตับ ไต เป็นต้น รวมทั้งส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยพบว่าในสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และนำไปสู่ภาวะช็อก นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดได้ (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) ด้านทารกพบว่า ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (เขาวเรศ สมทรัพย์, 2558) ทารกขาดออกซิเจน ทารกตายคลอดและเพิ่มความเสี่ยงทำให้ทารกมีความพิการทางสมองจากภาวะคลอดก่อนกำหนด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์, 2558)

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ให้บริการด้านสูติกรรมทั้งในรายปกติและมีภาวะแทรกซ้อน จากสถิติการคลอด ปี 2563-2565 พบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 2.42, 1.70 และ 2.40 ตามลำดับ มีอุบัติการณ์ช็อกจำนวน 3, 1 และ 4 รายตามลำดับ HELLP syndrome จำนวน 4, 3 และ 1 รายตามลำดับ มีภาวะ Pulmonary edema จำนวน 1, 2 และ 4 รายตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาล, 2565)

จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สามารถคุกคามชีวิตทั้งมารดาและทารกได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดทุพพลภาพ และการเสียชีวิต

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาข้อมูลและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย และเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

## วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบสตรีตั้งครรภ์ 2 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2564 - 2565 โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยการศึกษาเปรียบเทียบประวัติผู้คลอด ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการพยาบาล

## ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษา พบว่า

### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	หญิงไทยคู่/อายุ 30 ปี	หญิงไทยคู่/อายุ 16 ปี
ระดับการศึกษา	จบมัธยมศึกษาปีที่ 6	จบมัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	นักเรียน/นักศึกษา
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม ในจังหวัด	บัตรทอง 30 บาท ในจังหวัด
วันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด	4 พฤศจิกายน 2564	12 พฤษภาคม 2565
วันที่ย้ายไปหลังคลอด	5 พฤศจิกายน 2564	13 พฤษภาคม 2565
วันที่จำหน่ายกลับบ้าน	9 พฤศจิกายน 2564	15 พฤษภาคม 2565

### ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon, 1994 อ้างถึงใน พรศิริ พันธศรี, 2560)

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง รักษาไม่ต่อเนื่องเนื่องจากต้องทำงาน ขณะฝากครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง แต่ไม่ครบเนื่องจากคลอดก่อนกำหนด ขณะรอคลอด รับรู้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด	ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพเนื่องจากต้องทำงาน มีอาการปวดศีรษะก่อนมาพบแพทย์ 1 วัน โดยที่ไม่ทราบว่าป็นอาการนำของการชักขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน รับรู้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารพื้นบ้าน ชอบรสจัด รสหวาน มัน เค็ม น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 59 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 11 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนคลอด 26.35 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>	รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มากกว่า 3 มื้อ ชอบรสจัดและรสหวาน น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 75 กิโลกรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้น ระหว่างตั้งครรภ์ 12 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด 30.10 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
3. การขับถ่าย	ขณะตั้งครรภ์ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ	ระยะแรกๆของการตั้งครรภ์ ท้องผูกบ่อย ปัสสาวะปกติ
4. การออกกำลังกาย	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย เข้านอนเวลาปกติ 21.00 น.แต่นอนไม่	ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ค่อยหลับเป็นบางวัน	เข้านอนเวลาปกติ 22.00 น. ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	จบ ม.6 การสื่อสารปกติ การตัดสินใจ	จบ ม.3 การสื่อสารปกติ การตัดสินใจ เรื่องสำคัญต้องอยู่ในความดูแลของ บิดาและมารดา
7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	บางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของมารดา รับรู้ความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และยอมรับการรักษาต่อเนื่อง หลังจาก ได้รับฟังคำอธิบายแผนการรักษา	รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงจากการตั้งครรภ์ และเข้าใจ แผนการรักษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	อาศัยอยู่กับบิดามารดา สมาชิกใน ครอบครัวรักใคร่กันดี	อาศัยอยู่กับบิดา มารดา สมาชิกใน ครอบครัวรักใคร่กันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ปกติ	มีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ในวัยเรียน
10. การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด	เป็นคนร่าเริง การเจ็บป่วยครั้งนี้ยอมรับ ภาวะแทรกซ้อนและรักษาต่อเนื่อง	ก่อนตั้งครรภ์มีอาการรุนแรง น้อยใจ ง่ายการเจ็บป่วยครั้งนี้มีความกังวล เรื่องภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับภาวะ ชัก
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดฟังธรรมตาม เทศกาล เชื่อเรื่องเวรกรรม ยอมรับการ เจ็บป่วยครั้งนี้เกิดกับการตั้งครรภ์ได้	นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดฟังธรรม ตามเทศกาล เชื่อเรื่องเวรกรรม ยอมรับการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดกับการ ตั้งครรภ์ได้

### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	รับใหม่ด้วย Chronic Hypertension with Superimposed preeclampsia with severe feature	รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยมี ภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์ (Eclampsia)
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 1 วัน ประจำเดือนมาวันแรกของเดือนสุดท้าย	ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>คือวันที่ 13 เมษายน 2564 กำหนดคลอดวันที่ 20 มกราคม 2565 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 10 ครั้งไม่สม่ำเสมอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในระยะฝากครรภ์ปกติมีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ ได้รับการรักษาโดย Methyl dopa (250) 1 เม็ด ทานหลังอาหาร เข้า เที่ยง และ เย็น</p>	<p>33 สัปดาห์ 3 วัน ประจำเดือนมาวันแรกของเดือนสุดท้ายคือวันที่ 20 กันยายน 2564 กำหนดคลอดวันที่ 27 มิถุนายน 2565 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 5 สัปดาห์ 3 วัน จำนวน 13 ครั้ง ไม่สม่ำเสมอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์มีภาวะซีดตรวจพบเบาหวานตอนตั้งครรภ์ 6 สัปดาห์ 3 วัน ได้รับการรักษาโดยให้ RI 8 unit sc ac เข้า และ NPH 14 unit sc hs. เริ่มให้ยาตอนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ 1 วัน และปรับยาล่าสุดก่อนคลอด โดยให้ยา RI 8-8-8 unit sc ac เข้า เที่ยง เย็น และ NPH 8 unit sc ac เข้าและ NPH 16 unit sc hs.</p>
ประวัติการตั้งครรภ์/ การคลอด และการเจ็บป่วยในอดีต	<p>ยังไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 24 ปี ปัจจุบันอายุ 30 ปี ขณะฝากครรภ์ไม่ได้รับ ASA เพื่อป้องกัน Preeclampsia</p>	<p>ยังไม่เคยผ่านการคลอด ขณะฝากครรภ์ได้รับ ASA 81 mg 2 tabs oral pc เข้า เพื่อป้องกัน Preeclampsia</p>
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาสารเคมีและอาหารและสารเสพติดต่าง ๆ	<p>สมาชิกในครอบครัว มารดาเป็นเบาหวาน ปฏิเสธการแพ้ยา สารเคมี อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยเสพยาเสพติด</p>	<p>สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา สารเคมี อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่เคยเสพยาเสพติด</p>
อาการแรกเริ่ม	<p>สตรีตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ห้บวม +2 ทั้ง 2 ข้าง โปรตีนในปัสสาวะ trace ผล Urine protein creatinine ratio 1.05 ระดับปฏิกิริยาสะท้อน +2 ความดันโลหิต 176/115 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ตรวจครรภ์พบระดับย้อมดลูก 2/4 มากกว่าระดับสะอาด ผลอัลตรา</p>	<p>สตรีตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ตอบคำถามได้ไม่สับสน Glasgow coma score E4V5M6 รวมเท่ากับ 15 คะแนน ทดสอบรุ่มานตาขยาย 3 มิลลิเมตร มีการตอบสนองทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 136/91 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 94-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส พบ</p>

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>น้ำหนัก คะเนน้ำหนักทารกประมาณ 1,330 กรัม ผลตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ปกติ อัตราการเต้นหัวใจทารก 140-160 ครั้ง/นาที ผลเอกซเรย์ พบภาวะน้ำท่วมปอดทั้งสองข้าง ผลตรวจคลื่นหัวใจพบ sinus tachycardia</p>	<p>โปรตีนในปัสสาวะ +3 น้ำตาลในปัสสาวะ +4 ปฏิกริยาสะท้อน +2 ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 98-100% อัตราการเต้นหัวใจทารก 140-150 ครั้ง/นาที ตรวจครรภ์พบระดับยอดมดลูก <math>\frac{3}{4}</math> มากกว่าระดับสะดือ คะเนน้ำหนักทารกประมาณ 3,100 กรัม จากการวัดเทปหน้าท้อง DTX 127 mg</p>
การวินิจฉัยครั้งแรก	G <sub>1</sub> P <sub>0</sub> A <sub>0</sub> L <sub>0</sub> with Chronic Hypertension with Superimposed preeclampsia without severe features	G <sub>1</sub> P <sub>0</sub> A <sub>0</sub> L <sub>0</sub> with Eclampsia with Overt DM with teenage pregnancy
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	G <sub>1</sub> P <sub>1</sub> A <sub>0</sub> L <sub>1</sub> with Preterm labor with Cesarean section with Chronic Hypertension with Superimposed preeclampsia with Severe features with Pulmonary edema	G <sub>1</sub> P <sub>1</sub> A <sub>0</sub> L <sub>1</sub> with Preterm labor with Eclampsia with Overt DM with Teenage pregnancy with Spontaneous delivery

#### ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์และมีภาวะแทรกซ้อน	<p>หญิงไทยอายุ 30 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 29 สัปดาห์ 1 วัน มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ รักษาไม่ต่อเนื่อง น้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 11 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด 26.35 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup></p>	<p>หญิงไทยอายุ 16 ปี ตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์ 33 สัปดาห์ 3 วัน น้ำหนักเพิ่มขึ้น ระหว่างตั้งครรภ์ 12 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด 30.10 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup></p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์คือกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์มีรักษาไม่ต่อเนื่องค่าดัชนีมวลกายก่อนคลอด 26.35 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> กรณีศึกษาที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงคืออายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์</p>
2. อาการ และอาการแสดง	<p>ที่คลินิกฝากครรภ์ตรวจพบความดันโลหิต 138/107</p>	<p>มีประวัติชักเกร็งที่บ้าน ก่อนไปโรงพยาบาลชุมชน</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบอาการและการแสดงที่</p>



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เท้าบวม +2 ทั้งสองข้าง ปฏิกริยาสะท้อน +2 ทั้งสองข้าง โปรตีนในปัสสาวะ +2 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ส่งต่อที่ห้องคลอด แกร็บตรวจพบความดันโลหิต 176/115 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 97-98 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 1,160 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 2,100 มิลลิลิตร</p> <p>-วันที่ 2 ของการดูแลในห้องคลอด ไม่มีอาการปวดปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ความดันโลหิต 167/106 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 96-112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 3,230 มิลลิลิตร ปริมาณสารน้ำออก 2,250 มิลลิลิตร ฟังปอดพบเสียง Crepitation ทั้ง 2 ข้าง ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 95-96 เปอร์เซ็นต์</p>	<p>ความดันโลหิต 152/101 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส แกร็บที่โรงพยาบาลจังหวัด ความดันโลหิต 136/91 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 80-96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส โปรตีนในปัสสาวะ +2 น้ำตาลในปัสสาวะ +4 ปฏิกริยาสะท้อน +2 ทั้งสองข้าง มีอาการปวดศีรษะ 2 ข้างถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีตาพร่ามัว และไม่จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 97-10 เปอร์เซ็นต์ ปฏิกริยารูมานตาขยาย 3 มิลลิเมตร ตอบสนองทั้งสองข้าง Glasgow coma score E4V5M6 รวม 15 คะแนน ฟังปอดเสียงปกติทั้งสองข้าง อัตราการเต้นของหัวใจทารก 140-150 ครั้ง/นาที</p> <p>-วันที่ 2 ของการดูแลในห้องคลอด ความดันโลหิต 165/104 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่</p>	<p>เหมือนและแตกต่างกันดังนี้ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งจะเห็นได้จากการขาดความสมดุลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย จึงทำให้ ฟังเสียงปอดผิดปกติทั้งสองข้าง มีเท้าบวม +2 ทั้งสองข้าง พบโปรตีนในปัสสาวะ +2</p> <p>ในกรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะชกที่บ้านก่อนมารับการรักษา โดยมีอาการนำก่อนชกคือปวดศีรษะมา 1 วัน ตรวจพบมีความดันโลหิตสูง โปรตีนในปัสสาวะ +3 มีซึ่งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน แต่เกิดจากการตั้งครุภรร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงเหมือนกัน</p>



ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3. ผลการตรวจ ทางห้อง ปฏิบัติการและการ ตรวจพิเศษ	CBC: Hct36.9%, WBC Count 26,100 cell/mm <sup>3</sup> , Platelet count 261,000 cell/mm <sup>3</sup> , BUN 12 mg/dl, Creatinine 0.67 mg/dl, Urine protein +2, Electrolyte: Na 133 mmol/L, K 4.5 mmol/L, Cl 101 mmol/L, TCO <sub>2</sub> =17 mmol/L, Albumin=3.3 g/dl, Total Protein 6.4g/dl, Globulin 3.4g/dl, PT 10.8 วินาที, PTT27.0วินาที , INR 0.9 วินาที, Mg level 3.92-5.47mg/dl,Urine protein24 hrs598 mg/day,AST=14- 18U/L,ALT=7 U/L ผลตรวจคลื่นหัวใจปกติ ผล เอ็กซเรย์พบPulmonary Edema both lower lung	CBC: Hct.45.7 %, WBC Count 16,920 cell/mm <sup>3</sup> , Platelet count 188,000 cell/mm <sup>3</sup> , BUN 10 mg/dl, Creatinine 0.9- 1.08 mg/dl, K3.9 mmol/L, Urine protein +3, Urine sugar +4, UPCI 11.65, ALT11U/L, AST16 U/L, Albumin3.2g/dl, Total Protein5.3/dl, Globulin2.1 g/dl, PT0.9 วินาที, PTT22 วินาที, INR 1.1 วินาที, MgSO <sub>4</sub> level 3-5.76mg /dlUrine protein 24 hrs 5,198 mg/day, DTX 183-341 mg%	จากผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการในกรณีศึกษา รายที่ 1 พบการทำงานของ ไตผิดปกติเห็นได้จากโปรตีน ในปัสสาวะ +2 โปรตีนใน ปัสสาวะ 24 ชั่วโมง 598 มิลลิกรัม/วัน การตรวจพิเศษ พบว่าผลเอ็กซเรย์ของปอด ผิดปกติจากน้ำท่วมปอด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ การทำงานของไตผิดปกติ เช่นเดียวกัน เห็นได้จาก ผล ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ +3 โปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง 5,198 มิลลิกรัม /วัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่ไต เช่นเดียวกันแต่กรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ร่วมด้วย ดังนั้นการส่งตรวจ พิเศษที่ต่างกันตามอาการจะ ช่วยวินิจฉัยและวางแผนการ ดูแลและการคลอดที่ถูกต้อง
4. การรักษาภาวะ Preeclampsia with severe feature with complication	แผนการรักษา - on O <sub>2</sub> mask with bag 10 LPM Keep SpO <sub>2</sub> ≥95% -10% MgSO <sub>4</sub> 4 gm iv slowly push then 50% MgSO <sub>4</sub> 20 gmin 5%DW 460 cc. IV drip rate 25- 38 cc/hr หรือ 1-1.5gm/hr - Dexamethasone 6 mg ทุก 12 ชั่วโมง 2 dose - Methyl dopa (250) 1tab oral bid pc,	แผนการรักษา - on O <sub>2</sub> mask with bag 10 LPM Keep SpO <sub>2</sub> ≥95% -10% MgSO <sub>4</sub> 4 gmIvslowly push then 50% MgSO <sub>4</sub> 20 gmin 5%DW 460 cc IVdrip rate 25 cc/hrหรือ 1 gm/hr - RI 8-8-8 unitsc ac เข้า-เที่ยง เย็น, NPH 8 unit ac เข้า 16 unit schs	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับ การรักษาตามอาการอย่าง เหมาะสม และลดความ รุนแรงที่คุกคามชีวิตมารดา และทารกในระยะรอดคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด จากภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ซึ่ง พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ยาขับปัสสาวะยาป้องกันและ ระงับชัก ส่วนทารกได้รับยา กระตุ้นปอดกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยาป้องกันและระงับ

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lasix 20 mg IV push stat</li> <li>- Hydralazine 5-10mg.IVslowly push</li> <li>- Set OR for cesarean section</li> <li>- Consult อายุรแพทย์</li> <li>- จอง PICU</li> <li>- Consult กุมารแพทย์</li> <li>- จอง NICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PGE2 1tab vagina suppo ทุก 6 hr</li> <li>- คลอดทางช่องคลอด</li> <li>- Consult อายุรแพทย์</li> <li>- Consult กุมารแพทย์</li> <li>- จอง NICU</li> </ul>	<p>ชัก และยาแรงคลอด ในการวางแผนการคลอด กรณีศึกษารายที่ 1 สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดและกรณีศึกษารายที่ 2 สูติแพทย์และผู้รับบริการร่วมกันวางแผนการคลอดโดยชักนำการคลอดและคลอดทางช่องคลอด</p> <p>การรักษาที่ดีที่สุดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้คือการยุติการตั้งครรภ์ภายใน 12 ชั่วโมง (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์, 2558) มีการเตรียมทีมและหน่วยงานวิกฤตเพื่อดูแลทั้งมารดาและทารกให้ปลอดภัย</p>

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง	<p>- มีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะน้ำท่วมปอด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดทำให้นอนศีรษะสูง เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและเพิ่มความจุออกซิเจนในปอด</li> <li>2. ดูแลให้ออกซิเจนครอบปากและจมูก อัตรา 10 ลิตร/นาที</li> <li>3. ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง และการติดตามผลค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด</li> <li>4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยสังเกตอาการหายใจลำบาก หรือหายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ มีอาการไอขณะนอนราบ เจ็บหน้าอก และจังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว</li> <li>ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวผิดปกติรายงานแพทย์</li> <li>5. ควบคุมและบันทึกความสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย</li> </ol>	<p>-เสี่ยงต่อการชักซ้ำจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชักซ้ำได้แก่ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่</li> <li>2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ และลดการกระตุ้นผู้ป่วยทั้งจากแสง เสียง สัมผัส ลดการพยาบาลเท่าที่จำเป็นช่วยทำให้ลดความดันโลหิต</li> <li>3. ควบคุมอาการชักโดยการให้ยา แมกนีเซียมซัลเฟตทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและใช้เครื่อง Infusion pump ในการให้แบบต่อเนื่อง</li> <li>4. ให้ออกซิเจนครอบปากและจมูกอัตรา 10 ลิตร/นาที เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง</li> <li>5. วัดความดันโลหิตและติดตามค่าออกซิเจนในเลือด ทุก 15-30นาที เพื่อติดตามและ</li> </ol>

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>6. ประเมินอาการและความรุนแรงจากบวม น้ำหนักตัว</p> <p>7. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 20 มิลลิกรัม เข้าเส้นเลือดดำช้าๆ ตามแผนการ รักษาของแพทย์ เพื่อช่วยขับน้ำที่เกินออก ทางปัสสาวะ</p> <p>- เสี่ยงต่อภาวะชั้กจากมีภาวะความดัน โลหิตสูงขณะตั้งครุภ</p> <p>1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดการชั้กได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่</p> <p>2. จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ และลดการ กระตุ้นผู้ป่วยทั้งจากแสง เสียง สัมผัส ลด การพยาบาลเท่าที่จำเป็นช่วยทำให้ลด ความดันโลหิต</p> <p>3. ดูแลให้ยา Hydralazine และ Methyldopa เพื่อลดความดันโลหิตสูง ตามแผนการรักษา</p> <p>4. ป้องกันการชั้กโดยการให้ยา แมกนีเซียม ซัลเฟตทางหลอดเลือดดำตามแผนการ รักษาและใช้เครื่อง Infusion pump ใน การให้แบบต่อเนื่อง</p> <p>5. ให้ออกซิเจนครอบปากและจมูกอัตรา 10 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะขาด ออกซิเจนรุนแรง</p> <p>6. วัดความดันโลหิตและติดตามค่า ออกซิเจนในเลือด ทุก 30 นาที เพื่อติดตาม และประเมินความรุนแรงของโรค และเฝ้า ระวังไม่ให้เกิดภาวะชั้กซ้ำ</p> <p>7. ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ให้อยู่ ในระดับของการรักษา (therapeutic level) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชั้กซ้ำและ ผลของแมกนีเซียมซัลเฟตเกินในเลือด</p>	<p>ประเมินความรุนแรงของโรค และเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดภาวะชั้กซ้ำ</p> <p>6. ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ให้อยู่ใน ระดับของการรักษา (therapeutic level) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชั้กซ้ำและผลของ แมกนีเซียมซัลเฟตเกินในเลือด</p> <p>7. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ การวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค</p> <p>8. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและ อุปกรณ์ในการช่วยเหลือในกรณีที่เกิดการชั้ก ซ้ำ</p>

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>8. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค</p> <p>9. ส่งตรวจเอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจตามแนวทางการดูแลของอายุรแพทย์</p> <p>10. เตรียมพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือในกรณีที่เกิดการชัก</p>	
<p>2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO<sub>4</sub>)</p>	<p>1. อธิบายเหตุผลการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตและหลังได้รับยาจะมีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย ให้ประคบด้วยกระเป๋าน้ำแข็งหรือผ้าเย็นเพื่อบรรเทาอาการ</p> <p>2. ดูแลให้ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตและสารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>3. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>4. ประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวัง แมกนีเซียมซัลเฟตเกินในกระแสเลือดตั้งแต่อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปฏิบัติการตอบสนองไม่ปรากฏ ปัสสาวะน้อยกว่า 25-30 ซีซีในหนึ่งชั่วโมง หรือ 0.5 ซีซี/กิโลกรัม/ชั่วโมง</p> <p>5. เตรียม 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตรไว้พร้อมใช้</p> <p>6. ติดตามค่าแมกนีเซียมซัลเฟตในกระแสเลือดทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl</p> <p>7. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นแก่ผู้คลอดและญาติให้เข้าใจ และให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทางดูแลร่วมกันในขั้นต่อไป</p> <p>8. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว</p>	<p>1. อธิบายเหตุผลการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟตและหลังได้รับยาจะมีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย ให้ประคบด้วยกระเป๋าน้ำแข็งหรือผ้าเย็นเพื่อบรรเทาอาการ</p> <p>2. ดูแลให้ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟตและสารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>3. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>4. ประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวังแมกนีเซียมซัลเฟตเกินในกระแสเลือด ตั้งแต่อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ปฏิบัติการตอบสนองไม่ปรากฏ ปัสสาวะน้อยกว่า 25-30 ซีซีในหนึ่งชั่วโมง หรือ น้อยกว่า 0.5 ซีซี/กิโลกรัม/ชั่วโมง</p> <p>5. เตรียม 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตรไว้พร้อมใช้</p> <p>6. ติดตามค่าแมกนีเซียมซัลเฟตในกระแสเลือดทุก 4 ชั่วโมงให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl</p> <p>7. อธิบายอาการที่เกิดขึ้นแก่ผู้คลอดและญาติให้เข้าใจ และให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทางดูแลร่วมกันในขั้นต่อไป</p> <p>9. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว</p>
<p>3. การเตรียมผู้คลอดในการคลอด</p>	<p><b>ผู้คลอดมีโอกาสเกิดอันตรายจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</b></p> <p>1. อธิบายถึง สาเหตุ ความจำเป็นของการผ่าตัดช่วยคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อชีวิตทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดคลอดขั้นตอนต่าง ๆ</p>	<p><b>ผู้คลอดได้รับการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดโดยการเหน็บ PGE<sub>2</sub> ทางช่องคลอด</b></p> <p>1. อธิบายเหตุผลและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาเร่งคลอดและหลังได้รับยา</p>

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	<p>ในการเตรียมการผ่าตัด ด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดเพื่อให้ปลอดภัย พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมให้ทำการผ่าตัดในแบบฟอร์มที่กำหนด</p> <p>2. เตรียมผู้คลอดด้านร่างกาย</p> <p>2.1 ให้ผู้คลอดงดอาหารและน้ำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง</p> <p>2.2 เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการติดตามเพื่อหาชนิดและหมู่เลือด เตรียมเลือดให้พร้อมใช้ติดตามผลเลือด</p>	<p>2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที</p> <p>3. ประเมินความปวดและแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวด</p> <p>4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายใน</p> <p>5. ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดซึ่งหากพบว่ามดลูกหดตัวถี่ และมีเลือดออกทางช่องคลอด แสดงถึงภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด</p> <p>6. เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ เครื่องช่วยชีวิต และเตรียมทีมชำนาญการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกให้พร้อม</p>
<p>4. ทารกในครรภ์ เสี่ยงต่อภาวะ Fetal distress</p>	<p>1. จัดทำให้นอนตะแคงศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปยังรกดีขึ้น</p> <p>2. ดูแลให้มารดาได้รับออกซิเจนครอบปากและจมูกในอัตรา 10 ลิตร/นาที</p> <p>3. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที และติดตาม Electronic fetal monitoring และถ้าพบทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที</p> <p>4. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยา Dexamethasone ขนาด 6 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อทันทีตามแผนการรักษาเพื่อกระตุ้นการทำงานของปอดทารกในครรภ์</p> <p>5. ประสาน NICU/ทีมกุมารแพทย์ เพื่อการดูแลทารกแรกเกิด</p> <p>6. เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์และเตรียมทีม ช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกคลอดให้พร้อม</p>	<p>1. จัดทำให้นอนตะแคงศีรษะสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปยังรกดีขึ้น</p> <p>2. ดูแลให้มารดาได้รับออกซิเจนครอบปากและจมูกในอัตรา 10 ลิตร/นาที</p> <p>3. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที และติดตาม Electronic fetal monitoring และถ้าพบทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที</p> <p>4. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที</p> <p>5. ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดหากพบว่ามดลูกหดตัวถี่หรือปวดเกร็งท้องและมีเลือดออกทางช่องคลอดหรือมีน้ำเดินมีเลือดปนแสดงถึง ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อาจทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้</p> <p>6. ประสานNICU/ทีมกุมารแพทย์ เพื่อการดูแลทารกแรกเกิด</p> <p>7. เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์และเตรียมทีม ช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกคลอดให้พร้อม</p>

## สรุปผล

บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ารายที่ 1 รับใหม่จากคลินิกฝากครรภ์ด้วยการมีประวัติความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ หลังเข้ารับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง คือภาวะน้ำท่วมปอด โดยสตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการของภาวะน้ำท่วมปอดชัดเจน ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจปกติ แต่พยาบาลพบว่าปริมาณน้ำเข้าออกไม่สมดุลกัน เมื่อฟังปอดมีเสียง crepitation ได้รายงานแพทย์และส่งเอกซเรย์ปอดจึงพบว่ามือน้ำท่วมปอดจึงได้รับยาขับปัสสาวะ มีการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทารกได้รับยากระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอดเพื่อป้องกันภาวะหายใจลำบาก ในรายที่ 2 รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะชัก (ภัทวรรณ หลิมศิริ, 2561) หลังเข้าได้รับการรักษา ได้รับยาป้องกันการชักซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ไม่มีการชักซ้ำ มีการยุติการตั้งครรภ์โดยการเหนี่ยวยาระงับคลอดและคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย จะเห็นได้ว่าการพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตั้งแต่แรกเริ่ม และทุกระยะของการคลอดได้รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วนแม่นยำ และมีการประเมินซ้ำนั้นจะนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วนแม่นยำ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่คุกคามชีวิตผู้คลอด และทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (ฐิติพร อิงคदारวงศ์, 2559)

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของแพทย์
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในที่ทำงานอยู่เสมอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย โดยการนำ Early warning signs มาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว เหมาะสม สามารถจะช่วยเหลือผู้คลอดและทารกได้อย่างปลอดภัย
3. ควรมีการกำหนดแนวทางการส่งต่อทั้งในระดับหน่วยงานและโรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะนำส่ง

## เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล. (2565). สถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลมหาสารคาม (2563-2565).
- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2563). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2563. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ฐิติพร อิงคदारวงศ์. (2559) การพยาบาลมารดาและทารกเล่ม 2. โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา : โรงพิมพ์ พีโอดีไซน์ หาดใหญ่.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวีเบาทรวง. (2561). การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์.
- พรศิริ พันธสี. (2560). กระบวนการพยาบาล แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์อักษร.
- ภัทวรรณ หลิมศิริ. (2561). โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก ใน: วิทยา ภูษาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราประกอบภาพ: ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- เยาวเรศสมทรัพย์. (2558). การผดุงครรภ์เล่ม 1.หาดใหญ่ เบสท์ เซลส์แอนด์ เซอร์วิส.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์. (21 สิงหาคม 2558). แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
ไทยเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ.

<https://externinternguide.files.wordpress.com/2018/03/og6-preeclampsia-eclampsiaxin.pdf>

Cunningham, F. G., Leveno K. J., Bloom S. L., Spong C. Y., Dashe J. S. & Hoffman B. L., (2014).  
Williams Obstetrics (24<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill.

World Health Organization. (2020). *Maternal mortality*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>